

〔原著〕

# 外来通院をしている糖尿病患者の精神状況とその関連要因

佐藤 志保<sup>1)</sup>・関戸 好子<sup>2)</sup>・菅原 京子<sup>3)</sup>・後藤 順子<sup>3)</sup>

## Factors Related to HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale) in Outpatients with Diabetes Mellitus

Shiho SATO<sup>1)</sup>, Yoshiko SEKITO<sup>2)</sup>, Kyoko SUGAWARA<sup>3)</sup>, Junko GOTO<sup>3)</sup>

**Abstract :** The purpose of this study was to identify related factors of outpatients with diabetes mellitus to HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), in order to provide mental support when they visited outpatient clinic.

Subjects were patients with diabetes mellitus visited an outpatient clinic in A city of Yamagata prefecture. Four hundreds and thirty-eight patients who agreed to participate in the study and returned HADS with all items answered.

A questionnaire inclusive of HADS was distributed to patients when they visited the outpatient clinic. Questionnaire included items related to treatment, life-style, perceived health status, and support from family. Related factors identified among these items to HADS were then analyzed with multiple regression which showed standard partial regression coefficients in descending order of loneliness, health status, degree of satisfaction with treatment, burden of self-management, and sleep.

Nurses could ask these factors to patients when they visited the outpatient clinic, then, they could assess the patient's mental status in short encounter which only was allowed with a clinic visit.

Appropriate nurses' support of patient's mental condition could help to motivate patients to work on self-management eagerly and help to increase QOL of patients with diabetes mellitus.

**Key Words:** outpatient, diabetes mellitus, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), mental status, mental/nursing support

### はじめに

糖尿病患者は、糖尿病の悪化や合併症の出現・進展を予防するために、不適切な生活習慣を改め、自己管理を継続して行なっていく必要がある。自己管理を生涯にわたって継続していかなければならないことや、合併症に対する不安や恐れ、社会

生活や人間関係に及ぼす影響が、糖尿病患者にとって心理的に大きな負担となり、糖尿病患者には特有な心理特性があると言われている<sup>1)</sup>。

糖尿病患者の精神状況で問題になりやすいのは、うつ病である。糖尿病患者がうつ病になると、治療意欲が低下し食事療法や運動療法、薬物療法などの自己管理の妨げとなり、血糖コントロールを

1) 小川クリニック  
〒990-0075 山形市落合町 528-5  
Ogawa Clinic  
528-5 Ochiai-machi, Yamagata 〒990-0075, Japan  
2) 宮城大学看護学部  
〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1 番  
School of Nursing, Miyagi University

1 Gakuen, Taiwa-cho, Kurokawa-gun, Miyagi  
〒981-3298, Japan  
3) 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科  
〒990-2212 山形市上柳 260  
Department of Nursing, Yamagata Prefectural University  
of Health Sciences  
260 Kamiyanagi, Yamagata 〒990-2212, Japan

悪化させる原因となる<sup>2)</sup>。また、糖尿病患者は一般的に抑うつ傾向にあり、特に合併症が出現するとその傾向が強くなると報告されている<sup>3)~5)</sup>。糖尿病にうつ病を合併することは多く、うつ病を発症する確率は非糖尿病患者より約 2 倍高いと言われている<sup>6)</sup>。これらの研究結果から、糖尿病患者の増加と共に、糖尿病とうつ病を合併した患者も増加すると考えられる。

糖尿病患者に対し行なった先行調査で、約半数近くの患者が心のふさいだ気分を感じており、そのうち 3 人に 1 人は精神的な支援を必要と感じている結果であった。その上、精神的な支援を必要と感じていても、通院している医療機関の医療従事者に相談していなかった。過半数の糖尿病患者は、糖尿病にうつを合併しやすい傾向があることを知らなかった<sup>7)</sup>。

一方、糖尿病に関わる医療従事者（うち看護職は約 3 割）に対し行なった先行調査によると、医療従事者は糖尿病患者にうつとの合併が多いことに気付いていながら、精神的な支援を行なえずにいる現状があった<sup>7)</sup>。

慢性疾患である糖尿病は、コントロールを維持し合併症を防ぐために、定期的な外来通院が必要であるといわれている<sup>8)9)</sup>。外来受診時に糖尿病患者の精神状況を理解し、それぞれの患者の状況にあった精神的な支援を行なうことは、自己管理を維持し継続していくために大変重要である。

しかし糖尿病患者には、うつや不安の問題が指摘されているが、これまでに患者の精神状況を理解し、支援に結びつけるための要因は明らかにされてこなかった。

そこで外来受診時に糖尿病患者の精神状況を理解し、それぞれの患者の状況にあった精神的な支援を行なうために、外来通院している糖尿病患者の精神状況と、属性（年齢、性別、同居家族、就業状況、就学歴）、糖尿病の状況、生活習慣、自己管理の実行度、主観的な健康状態、糖尿病に対する患者の思い、との関連を明らかにすることを目的とした。

## 用語の定義

### 1. 外来通院している糖尿病患者

医師より糖尿病と診断されて、定期受診の指示を受け外来通院している患者である。

### 2. 精神状況

HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)<sup>10) 11)</sup>を用いて測定する、不安と抑うつの程度である。

## 研究方法

### 1. 調査対象

山形県にある糖尿病専門クリニックの糖尿病外来に通院中で、調査に協力の得られた糖尿病患者。

### 2. 調査期間

平成 19 年 7 月 2 日～7 月 31 日

### 3. 配布・回収方法

調査協力施設において、外来通院をしている糖尿病患者が外来受診した際に、調査の趣旨と目的を研究者が直接口頭と文書で説明し、承諾の得られた対象者に質問紙と封筒を手渡した。

質問紙の記入は、研究者とは別の部屋で行なった。その部屋には、個々人が記入できるテーブルを用意し、他者から質問紙が見えないよう配慮した。

質問紙の回収は、設置した鍵付き箱に投函してもらった。また持ち帰っての記入を希望した者には、郵送により回収する方法をとった。

### 4. 調査内容

#### 1) 属性

年齢、性別、同居家族の有無（配偶者の有無、配偶者以外の同居家族の有無）、就業状況、就学歴とした。

#### 2) 糖尿病の状態

罹病期間、病型、治療法、合併症の有無、主治医に評価されている糖尿病のコントロール状態とした。

#### 3) 生活習慣

食事、運動、飲酒、喫煙、睡眠とした。

#### 4) 自己管理の実行度の自己評価

食事療法・運動療法・薬物療法について過去 1 ヶ月間での自己管理の実施度とした。

#### 5) 家族からのサポート

対象者の自己管理に対しての、家族の協力、その頑張りの認識、対象者が感じている自己管理を実行したり、通院することによる家族の負担とした。

#### 6) 主観的な健康状態, 糖尿病に対する患者の思い

自覚している健康状態, 自覚している糖尿病の状態, 現在受けている治療の満足度, 経済的な負担感, 糖尿病による孤独感, 自己管理が出来なかった時に感じる自己嫌悪とした。

#### 7) 精神状況

抑うつと不安について, HADS を用いて測定した。

HADS は, 英国の Zigmond らによって作成された 14 項目からなる自己記入式質問紙で, anxiety (不安度) に関する 7 項目と depression (抑うつ度) に関する 7 項目の 2 つのスケールに分けられる<sup>10)11)15)</sup>。それぞれの項目について 0 点から 3 点までの 4 段階評価を行い, 不安度と抑うつ度の各スケールの得点は最低 0 点から最高 21 点に分布する。得点が高いほど不安・抑うつ度が高いことを意味する。

糖尿病患者を対象とした研究に用いられた際の HADS の  $\alpha$  係数は, 不安度  $\alpha = .80$ , 抑うつ度  $\alpha = .76$  であった<sup>12)</sup>。

日本の男子大学生における HADS の  $\alpha$  係数は, 不安度  $\alpha = .70$ , 抑うつ度  $\alpha = .61$ <sup>13)</sup>, 一般女性では, 不安度  $\alpha = .80$ , 抑うつ度  $\alpha = .50 \sim .61$  という結果が得られている<sup>14)</sup>。

### 5. 分析方法

HADS と年齢の関係をみるにあたって, ① 20 ~ 49 歳, ② 50 ~ 64 歳, ③ 65 ~ 74 歳, ④ 75 歳以上, の 4 つの年代に分けて検討した。①と②について, 50 歳で分けたのは, 50 歳代から糖尿病の受診率が増加し, 年齢階層別件数上位の疾病に糖尿病が上がってきていること, 一人当たりの医療費が増えていることから考慮した。②と③を 65 歳で区切ったのは, 65 歳以上を老年人口として, 生産年齢で分けた区分に準じた。③と④は, 老年人口を前期高齢者と後期高齢者として, 75 歳で区切っていることに準じた。

対象者の属性について記述統計を行い, 不安度・抑うつ度と各項目の関連をみるために Mann-Whitney の U 検定, Kruskal Wallis 検定を用いた。HADS の各下位尺度を従属変数, HADS に関連した項目を独立変数とし, 重回帰分析を行なった。

統計パッケージ SPSS 11.0 J for Windows を用

いた。

### 6. 倫理的配慮

研究への参加の諾否は対象者の自由であり, 拒否によって診療への影響はないこと。

質問紙は無記名とし, 設置した箱への投函, または郵送により回収するので, 回答者個人は特定されないこと。

質問紙の回収をもって, 調査への協力の同意が得られたものとみなすこと。

上記について, 口頭と文書で対象者に説明し, 倫理的配慮を行なった。

山形県立保健医療大学倫理委員会の承認を得た。

## 結 果

対象者 500 名に配布し, 483 名 (回収率 96.6%) から回収した。回収した質問紙の中から分析の対象としたのは, HADS の質問回答に欠損のあった者を除外した 438 名 (有効回答率 90.7%) である。今回の研究における HADS の  $\alpha$  係数は, 不安度  $\alpha = .75$ , 抑うつ度  $\alpha = .70$  であった。

#### 1. 対象者について

対象者は, 年齢が  $60.8 \pm 10.9$  歳 (平均  $\pm$  標準偏差) で, 男女差はなかった。罹病期間は,  $9.5 \pm 7.7$  年 (平均  $\pm$  標準偏差) で, その範囲は 0.1 ~ 40.8 年であった。男性の方が長かった。(男性  $10 \pm 8.0$  年, 女性  $8.6 \pm 6.9$  年)

治療法は, 薬物療法なしが 20.4%, ありが 79.6% であった。薬物療法を行っている割合は男女ともに多いが (男性 81.1%, 女性 78.0%), 男女差はなかった。(表 1)

#### 2. HADS の分布

不安度の分布は, 中央値 4, 最小値 ~ 最大値 0 ~ 15 であった。(図 1)

抑うつ度の分布は, 中央値 5, 最小値 ~ 最大値 0 ~ 19 であった。(図 2)

#### 3. HADS (不安度) と各項目との関係

HADS と質問紙の全項目との関係を分析するにあたり,  $\chi^2$  検定と Mann-Whitney の U 検定を行なった。4 段階の順序尺度で得た回答を「あり・なし」「満足している・満足していない」「感じる・感じない」「よい・よくない」の 2 つのカテゴリー

表 1 対象者について

		全体 (%)	男性 (%)	女性 (%)
1) 年齢と罹病期間				
年齢	平均年齢 (歳)	60.8±10.9	60.9±10.7	60.4±11.3
	最年少～最年長 (歳)	20 ～ 87	20 ～ 85	27 ～ 87
罹病期間	平均 (年)	9.5±7.7	10±8.0	8.6±6.9
	最短～最長 (年)	0.1 ～ 40.8	0.1 ～ 40.1	0.1 ～ 40.8
2) 性別と配偶者				
対象者	性別	424 (100)	291 (68.6)	133 (31.4)
配偶者と同居	有り	345 (82.3)	247 (86.1)	98 (74.2)
	無し	74 (17.7)	40 (13.9)	34 (25.8)
	合計 (数)	419 (100)	287 (100)	132 (100)
3) 病型とインスリン治療				
		全体 (%) 人数	インスリン治療 (%) 人数	非インスリン治療 (%) 人数
病型 (1 型糖尿病)	診断されている	116 (28.0)	95 (81.9)	10 (8.6)
	診断されていない	247 (59.5)	48 (19.4)	133 (53.8)
	分からない	52 (12.5)	33 (63.5)	12 (23.1)
	合計 (数)	415 (100)	176 (42.4)	155 (37.3)
			不明 (%) 人数	
				84 (20.2)

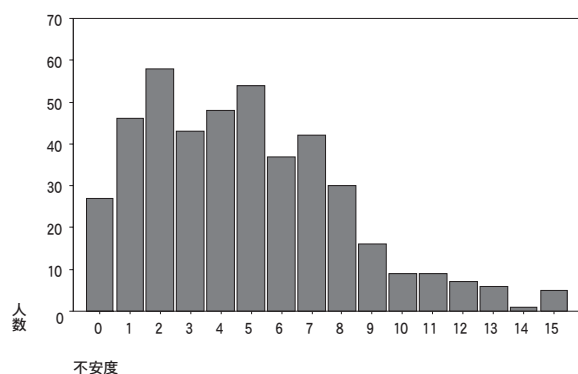


図 1 HADS 不安度分布

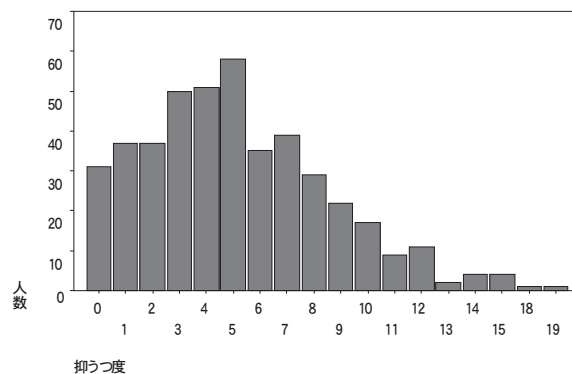


図 2 HADS 抑うつ度分布

に分けた。

不安度が有意に高かった項目は、性別は女性 ( $p < .05$ ) であった。年齢では、「20 歳以上 49 歳」が「50 歳以上 64 歳」に比べて有意に高かった ( $p < .05$ )。就労状況では、勤務時間が不規則的な人が有意に高かった ( $p < .05$ )。治療法では、薬物療法が生活に影響がある人 ( $p < .001$ )、日常生活において食事の影響がある人 ( $p < .001$ )、現在の治療に対して満足していない人 ( $p < .001$ )、糖尿病の治療が経済的な負担であると感じている人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。合併症では、自覚する神経障害がある人 ( $p < .01$ )、糖尿病の合併症を気にしている人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。生活習慣では、睡眠時間が取れていない人 ( $p < .001$ )、自己管理実行度では、食事に制限を感じている人

( $p < .001$ )、自己管理が出来ない時自己嫌悪を感じる人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。家族のサポートでは、家族が認めてくれないと感じている人 ( $p < .05$ )、自己管理が家族に負担をかけていると感じている人 ( $p < .001$ )、通院が家族に負担をかけていると感じている人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。主観的な健康状態では、健康状態がよくないと感じている人 ( $p < .001$ )、糖尿病の状態がよくないと感じている人 ( $p < .01$ )、糖尿病のために孤独を感じる人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。(表 2)

#### 4. HADS (抑うつ度) と各項目との関係

治療法では、薬物療法が生活に影響がある人 ( $p < .01$ )、現在の治療に対して満足していない人 ( $p$

表2 不安度と関連項目 (有意な項目のみ)

項目 (総数)			n (%)	中央値 (最小値~最大値)	検定
① 性別	性別 (424)	男性	291 (68.6)	4 (0 ~ 15)	*
		女性	133 (31.4)	5 (0 ~ 15)	
② 年齢	年齢 (265)	20 歳以上 49 歳	51 (19.2)	6 (0 ~ 15)	*
		50 歳以上 64 歳	214 (80.8)	4 (0 ~ 15)	
③ 就労状況	勤務は不規則か (255)	はい	118 (27.8)	5 (0 ~ 15)	*
		いいえ	137 (32.3)	4 (0 ~ 15)	
④ 治療法	薬物療法の影響 (342)	ある	129 (30.4)	5 (0 ~ 15)	***
		ない	213 (50.2)	4 (0 ~ 15)	
	治療の満足度 (423)	満足している	393 (92.7)	4 (0 ~ 15)	
		満足でない	30 (7.1)	8 (0 ~ 15)	
⑤ 合併症	経済的な負担 (422)	負担である	218 (51.4)	5 (0 ~ 15)	***
		負担でない	205 (48.3)	4 (0 ~ 15)	
	自覚する神経障害 (418)	あり	112 (26.4)	5 (0 ~ 15)	
		なし	306 (72.2)	4 (0 ~ 15)	
⑥ 生活習慣	合併症への不安 (342)	気になる	229 (54.0)	5 (0 ~ 15)	***
		ならない	113 (26.7)	3 (0 ~ 12)	
	睡眠 (429)	とれている	360 (84.9)	4 (0 ~ 15)	
		とれていない	69 (16.3)	7 (0 ~ 15)	
⑦ 自己管理実行度	食事の影響 (422)	ある	278 (65.6)	5 (0 ~ 15)	***
		ない	144 (34.0)	3 (0 ~ 12)	
	食事の制限 (427)	感じる	303 (71.5)	5 (0 ~ 15)	
		感じない	124 (29.2)	3 (0 ~ 11)	
⑧ 家族のサポート	自己嫌悪 (408)	感じる	284 (67.0)	5 (0 ~ 15)	***
		感じない	138 (32.5)	3 (0 ~ 13)	
	認めてくれる (420)	認めてくれる	357 (84.2)	4 (0 ~ 15)	
		認めてくれない	63 (14.9)	6 (1 ~ 15)	
⑨ 主観的な健康状態	自己管理の負担 (422)	負担有り	191 (45.0)	5 (0 ~ 15)	***
		負担なし	231 (54.5)	4 (0 ~ 15)	
	通院の負担 (424)	負担有り	161 (38.0)	5 (0 ~ 15)	
		負担なし	263 (62.0)	4 (0 ~ 15)	
	健康状態 (425)	よい	359 (84.7)	4 (0 ~ 15)	***
		よくない	66 (15.6)	7 (0 ~ 15)	
	自覚する糖尿病の状態 (422)	よい	337 (79.5)	4 (0 ~ 15)	
		よくない	85 (20.0)	6 (0 ~ 15)	
	孤独感 (422)	感じる	142 (33.5)	7 (0 ~ 15)	***
		感じない	280 (66.0)	3 (0 ~ 13)	

Mann-Whitney の U 検定

\*  $p < .05$       \*\*  $p < .01$       \*\*\*  $p < .001$ 

く .001), 糖尿病の治療が経済的な負担であると感じている人 ( $p < .001$ ) が抑うつ度が有意に高かった。合併症では, 自覚する神経障害がある人 ( $p < .05$ ), 自覚する網膜症の程度が強い人 ( $p < .05$ ), 糖尿病の合併症を気にしている人 ( $p < .05$ ) が有意に高かった。生活習慣では, 運動習慣のない人 ( $p < .05$ ), 睡眠時間が取れていない人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。自己管理実行度では, 食事療

法が実施出来なかった人 ( $p < .05$ ), 日常生活において食事の影響があると感じている人 ( $p < .01$ ), 糖尿病になってからの食事に制限を感じている人 ( $p < .001$ ), 運動が生活に影響があると感じている人 ( $p < .05$ ), 自己管理が出来ない時自己嫌悪を感じる人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。家族のサポートでは, 家族が認めてくれないと感じている人 ( $p < .05$ ), 自己管理が家族に負担をかけて



表 3 抑うつ度と関連項目 (有意な項目のみ)

			n (%)	中央値 (最小値～最大値)	検定
① 治療法	薬物療法の影響 (342)	ある	129 (30.4)	5 (0 ～ 15)	**
		ない	213 (50.2)	4 (0 ～ 19)	
	治療の満足度 (423)	満足している	393 (92.7)	5 (0 ～ 19)	***
		満足でない	30 (7.0)	7.5 (0 ～ 18)	
② 合併症	経済的な負担 (423)	負担である	218 (51.4)	5 (0 ～ 18)	***
		負担でない	205 (48.3)	4 (0 ～ 19)	
	自覚する神経障害 (418)	あり	112 (26.4)	5 (0 ～ 18)	*
		なし	306 (72.2)	4.5 (0 ～ 15)	
③ 生活習慣	網膜症の程度 (76)	見え方の全く影響なし	24 (5.7)	4.5 (0 ～ 12)	* <sup>1)</sup>
		見え方の影響少しあり	47 (11.1)	6 (0 ～ 12)	
	見えにくく日常生活に支障あり	あり	5 (1.2)	9 (5 ～ 14)	* <sup>1)</sup>
		なし			
④ 自己管理実行度	合併症への不安 (342)	気になる	229 (54.0)	5 (0 ～ 19)	*
		ならない	113 (26.7)	4 (0 ～ 18)	
	運動習慣 (419)	有り	312 (73.6)	4 (0 ～ 14)	*
		無し	107 (25.2)	5 (0 ～ 19)	
⑤ 家族のサポート	睡眠 (429)	とれている	360 (84.9)	4 (0 ～ 15)	***
		とれていない	69 (16.3)	7 (0 ～ 19)	
	食事療法の実施度 (424)	行なえた	316 (74.5)	5 (0 ～ 15)	*
		行なえなかった	108 (25.5)	5 (0 ～ 18)	
⑥ 主観的な健康状態	食事の影響 (422)	ある	278 (65.6)	5 (0 ～ 18)	**
		ない	144 (34.0)	4 (0 ～ 14)	
	食事の制限 (427)	感じる	303 (71.5)	5 (0 ～ 18)	***
		感じない	124 (29.2)	4 (0 ～ 12)	
⑦ 孤独感	運動の影響 (302)	ある	149 (35.1)	5 (0 ～ 14)	*
		ない	153 (36.1)	4 (0 ～ 14)	
	自己嫌悪 (422)	感じる	284 (67.0)	5 (0 ～ 19)	***
		感じない	138 (32.5)	4 (0 ～ 13)	
⑧ 健康状態	認めてくれる (420)	認めてくれる	357 (84.2)	4 (0 ～ 19)	*
		認めてくれない	63 (14.9)	6 (0 ～ 18)	
	自己管理の負担 (422)	負担有り	191 (45.0)	5 (0 ～ 19)	***
		負担なし	231 (54.5)	4 (0 ～ 18)	
⑨ 通院の負担	通院の負担 (424)	負担有り	161 (38.0)	5 (0 ～ 15)	***
		負担なし	263 (62.0)	4 (0 ～ 19)	
⑩ 健康状態	健康状態 (425)	よい	359 (84.7)	4 (0 ～ 15)	***
		よくない	66 (15.6)	7 (0 ～ 15)	
	自覚する糖尿病の状態 (422)	よい	337 (79.5)	4 (0 ～ 15)	***
		よくない	85 (20.0)	6 (0 ～ 19)	
⑪ 孤独感	孤独感 (422)	感じる	142 (33.5)	6 (0 ～ 18)	***
		感じない	280 (66.0)	4 (0 ～ 19)	

Mann-Whitney の U 検定, 又は Kruskal Wallis 検定<sup>1)</sup>\*  $p < .05$       \*\*  $p < .01$       \*\*\*  $p < .001$ 

いると感じている人 ( $p < .001$ ), 通院が家族に負担をかけていると感じている人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。主観的な健康状態では, 健康状態がよくないと感じている人 ( $p < .001$ ), 糖尿病の状態がよくないと感じている人 ( $p < .001$ ), 糖尿

病のために孤独感を感じる人 ( $p < .001$ ) が有意に高かった。(表 3)

## 5. HADS の関連項目の重回帰分析

HADS に関連のあった項目について重回帰分析

表4 HADS 関連項目の重回帰分析

		不安度 標準偏回帰係数	p 値	抑うつ度 標準偏回帰係数	p 値
性別	男性 / 女性	0.155	0.030	0.101	0.633
年齢	20 ～ 49 歳 / 50 ～ 64 歳	-0.049	0.348	-0.087	0.245
就労	不規則 / 規則的	-0.023	0.693	0.049	0.441
現在の治療の満足度		0.184	0.021	0.176	0.006
	満足している / していない				
経済的な負担		-0.110	0.693	-0.101	0.141
	あり / なし				
睡眠時間のとれ具合		0.160	0.002	0.169	0.021
	とれている / とれていない				
糖尿病の自己管理行なうことが家族にける負担		-0.178	0.001	-0.102	0.020
	あり / なし				
医療機関に通院することが家族にける負担		0.016	0.002	-0.023	0.763
	あり / なし				
自覚する健康状態		0.204	0.001	0.272	< 0.001
	よい / よくない				
自覚する糖尿病の状態		-0.049	0.676	-0.083	0.940
	よい / よくない				
自己管理出来なかった時の自己嫌悪		-0.054	0.340	-0.060	0.411
	感じる / 感じない				
糖尿病による孤独感		-0.322	< 0.001	-0.218	< 0.001
	感じる / 感じない				
R <sup>2</sup>		0.475		0.370	

を行い、標準偏回帰係数の値が高いものを抽出し、再度重回帰分析を行なった。

不安度において、標準偏回帰係数のもっとも高い項目は「糖尿病による孤独感 ( $\beta = -0.322$ )」であった。次に高い項目は順に、「自覚する健康状態 ( $\beta = 0.204$ )」「現在の治療の満足度 ( $\beta = 0.18$ )」「糖尿病の自己管理を行なうことが家族に与える負担 ( $\beta = -0.178$ )」「睡眠時間のとれ具合 ( $\beta = 0.160$ )」であった。

抑うつ度において、標準偏回帰係数のもっとも高い項目は「自覚する健康状態 ( $\beta = 0.272$ )」であった。次に高い項目は順に、「糖尿病による孤独感 ( $\beta = -0.218$ )」「現在の治療の満足度 ( $\beta = 0.176$ )」「睡眠時間のとれ具合 ( $\beta = 0.169$ )」「糖尿病の自己管理を行なうことが家族に与える負担 ( $\beta = -0.102$ )」であった。(表4)

## 考 察

### 1. 対象者について

この対象者の性別と年齢に関する背景は、我が国の糖尿病患者調査<sup>16)</sup>と照らし合わせると、年齢

分布について、50歳代から増加し始め60歳代が最も多い分布であり、全国の患者数の年齢分布とはほぼ同じような傾向を示していた。男女の割合は、本研究において男性が67.2%、女性が32.8%で、我が国の患者調査において男性が52.9%、女性が47.1%であり<sup>16)</sup>、同様に男性の割合が多い結果であった。

これらから本研究の対象者は、全国の患者状況に近似していると考えられた。

### 2. HADS と治療法について

薬物療法の中でも、インスリン療法は患者の負担になっている<sup>17)</sup>。糖尿病患者は、周囲の人に、自分が糖尿病であることを隠している場合が多い<sup>18)</sup>ので、他者と行動を共にしている時など、インスリン注射を行なうことが難しい。また、低血糖を起こし、具合が悪くなるのではないかと不安から、薬物療法を実施することが出来ない場合があることも報告されている<sup>19)</sup>。薬物療法が実行出来ないことは、直接血糖コントロールに影響するので、実行できない理由は何なのか、薬物療法が

日常生活にどのような影響を及ぼしているのか、患者の思いを理解し実行できる方向へ、患者と共に考え工夫していく支援が必要であると考ええる。

治療に対する満足度が精神状況に関連していることが、今回明らかになったが、治療方法やその内容との関連はなかった。治療の内容を問わず、患者がその治療の必要性を十分に認識することで、治療の満足度を保てるのではないかと考える。ゆえに、患者が治療に関する認識が高まるような働きかけを、看護支援として行なっていく必要があると考える。

### 3. HADS と生活習慣について

睡眠障害は最も頻度の高い精神医学的問題のひとつである、といわれている<sup>15)</sup>。今回の調査においても、睡眠時間がとれていないと感じている人は、不安度・抑うつ度共に有意に高い結果であった。このことから、外来受診時、不眠の訴えのある者や、睡眠薬の処方希望する者に対して、睡眠の状況を知り精神状況を把握する必要があると考える。そこで、精神状況に問題があるとすれば、患者の状態を把握し、その状況に応じた支援を行なうことが重要である。

### 4. HADS と自己管理実行度の自己評価について

糖尿病患者の多くが、社会生活の中で食事療法の実施に負担感や困難感を感じていると報告されている<sup>17) 20)</sup>。本研究においても、糖尿病患者の日常生活において、食事療法の影響や制限を感じていると、不安度も抑うつ度も有意に高い結果が得られた。糖尿病の場合、他の慢性疾患に比べ、病気のコントロールという面で、自己管理が影響する割合が高く、毎日の食事療法の良し悪しが血糖値に反映されるので<sup>21)</sup>、食事療法は糖尿病患者の日常生活に大きな影響を与え、精神状況にも影響していると考えられる。

食事は単に、生命を維持するために栄養を補給することではなく、社会生活を営む上で他者とのコミュニケーションの場としての役割もある。今回の調査において食事の影響や制限を感じる群は、有意に糖尿病のために孤独を感じていた。これは、他者との会食やその機会を制限することに、孤独を感じていると考えられる<sup>22)</sup>。糖尿病患者が、周

囲の人に糖尿病であることを隠していることも多いので<sup>19) 23)</sup> 他者との会食やその機会を制限することにつながっていることが予測される。

糖尿病患者の食事療法が、他者とのコミュニケーションを妨げる要因になるのを軽減できるような工夫を考えていく必要がある。例えば、自分が糖尿病であるということを周知できるような関係においては、糖尿病で食事療法を必要としていることを理解してもらうことも重要であると考ええる。糖尿病の食事療法は量的な制限はあるものの、種類の制限は厳しくないのも、制限の中で楽しめるような食事のとり方の工夫を教えるといった具体的な支援も必要であると考ええる。

### 5. HADS と家族のサポートについて

糖尿病の患者が長期に渡り自己管理を継続していくにあたり、家族や周囲のサポートが患者のストレスを軽減するための、重要な役割を担っているという報告がある<sup>24) 25)</sup>。

一番身近な存在である家族に注目し、患者側から捉えている家族のサポート状況を検討したところ、頑張りや認められている群では、家族が自己管理に協力してくれると感じ、また、食事や運動療法を実施できていた。このことから、家族と患者の結びつきが心理的に安定した治療環境をつくりだし、患者にとって自己管理を継続していくことの励みになっていることが推測された。

食事や薬物療法を自己管理していくにあたり、特に男性においては食事の管理が家族の助けがないと難しい。家庭において食事を準備するのは、女性が担う場合が多い。日本の伝統的な家族形態では、夫が家計のために収入を得、妻が家事に携わる、という男女での役割分担となっている<sup>26)</sup>。この役割分担の考えが、男性患者が自己管理を実施していく際に影響しているのではないかと考える。また、糖尿病患者のコーピング（対処行動）について、コーピングには性差があり、その性差にあわせた支援方法を工夫していく必要があると示唆されている<sup>27) 28)</sup>。性差を踏まえた看護支援を検討する必要があると考える。

糖尿病になって生活上の変化で起きたこととして、家族に「出来るだけ心配をかけまいと思う」「現実には心配をかけることが多くなった」とある<sup>29)</sup>。一方、「食事の管理は妻に任せているから、



食事の話は妻にしてくれ。(自分は作ったり出来ないし、食べ物ことはわからない。)」と、家族に依存している思いがあるように、筆者の体験から感じられる。

今回の研究において、自己管理が家族の負担になっていると感じていると、糖尿病による孤独を感じたり、自己管理が出来ない際に自己嫌悪を感じたりしていることが明らかになった。家族のサポートの重要性はいくつかの先行研究<sup>25) 30) ~ 32)</sup>で確認されている。しかし患者が、家族に対しサポートを受けることをどのように捉えているのかについて、先行文献は見つけることが出来なかった。

サポートを受けることにより、その受け手である患者が、負担をかけることに遠慮するような感情を持つことが推測された。そこで、患者が家族や周囲のサポートが得られるように支援を行なう、という従来の看護の視点だけでなく、支援を受ける側の患者の視点にも着目する必要があると考えられた。サポートの受け手である、患者の思いを汲み取り、患者が患者の家族に対して与える負担を軽減できるような自己管理の方法を、看護支援として考える必要がある。自己管理が出来ない状況はどのような状況か患者と振り返り、出来ない状況を出来る方向へと変えていくような、実践可能な支援を行なうことが必要であると考ええる。

## 6. HADS と主観的な健康状態と糖尿病に対する患者の思いについて

健康状態についての感じ方は、糖尿病の状態と同様に、患者の体調の自覚症状や、検査データから患者が評価したものと考えられる。医師による血糖コントロール状態の評価と、不安度や抑うつ度との有意な関係はなかった。このことから、患者は自分の感じ方を基準に、健康状態や糖尿病の状態の良し悪しの評価をしているように推測される。自分の糖尿病の状態が悪いと感じている患者は、不安度や抑うつ度が高いと考えられるので、検査データの良し悪しや医師の評価とは別に、患者の精神状況を捉える必要があると考える。また、患者の語る健康状態を理解し、その状態に応じた支援をすることが重要である。

糖尿病は、その自己管理に様々な制約を伴う。それらの制約によって、糖尿病患者は社会的なお

付き合いや交際範囲までも狭められる場合があり、孤独感を感じている。重回帰分析からも、患者の精神状況に最も影響していると考えられたのは、孤独感であった。質問紙の自由記載の中で、「食事や旅行などのお誘いを断っている」、「会合には参加しないようにしている」、「友達とお茶のみをしなくなった」など、お付き合いを制限することが多く挙げられていた。孤独感を感じ、不安や抑うつ感をもった患者の心を支えるのは、家族や友人、患者会の仲間や医療従事者である。それらの人々から、情緒的な支援を受けることが出来たら不安や抑うつ感が軽減され、自己管理への意欲がわくようになる<sup>26)</sup>。

医療者と患者が、共に治療に立ち向かい、問題解決に取り組む仲間であるという意味で、「治療同盟」という言葉がある<sup>33)</sup>。患者の思いに寄り添い、患者が自己管理に向けて、より良く変わることを援助するような看護支援を行うことが必要である。

## 7. 看護への示唆

糖尿病患者にとって、家族のサポートは良いコントロールを維持するために重要であるといわれ、家族のサポートを重視するような看護支援が行なわれてきた。しかし、支援の受け手である患者の思いを汲んだ看護支援は、充分に行なわれてきたとは言いがたい。糖尿病患者が、自己管理を自ら行なえるような看護支援が必要であることが示唆された。

糖尿病患者の不安度や抑うつ度に対し、抽出された項目の中で、標準偏回帰係数が最も高い要因は「孤独感」であった。患者の感じている孤独を理解し、情緒的な支援を与えるような働きかけが必要であることが示唆された。

今回明らかになった要因を外来受診時に質問することで、患者の精神状況を短時間の中で把握することを可能にし、患者が糖尿病の自己管理に意欲を持って、より充実した生活が送れるような支援が出来ると考える。

## 結 論

1. HADS に関連する要因として、以下の 20 項目、「女性である」、「若年である」、「勤務が不規則である」、「薬物療法が日常生活に影響していると感じている」、「現在の治療に満足していな

い」,「治療に対し, 経済的な負担感を持っている」,「合併症がある」,「網膜症の程度が重い」,「合併症に対して不安を持っている」,「睡眠時間が十分にとれていない」,「食事療法が日常生活に影響していると感じている」,「食事が制限されていると感じる」,「運動習慣がない」,「自己管理が実施できないと自己嫌悪を感じる」,「自分の健康状態がよくないと感じている」,「糖尿病の状態がよくないと感じている」,「糖尿病のために孤独感を感じている」,「家族が自己管理を頑張っていることを認めてくれない」,「自分が自己管理をすることが, 家族に対し負担をかけていると感じている」,「医療機関に通院することが, 家族に負担をかけていると感じている」が抽出された。

2. 重回帰分析の結果, 糖尿病患者の不安度や抑うつ度に対し, 抽出された項目の中で, 標準偏回帰係数が最も高い要因は「孤独感」であった。

### 本研究の限界と今後の展望

本研究は, 対象者が山形県 A 市にある糖尿病専門クリニックに通院する糖尿病患者から抽出されたものであり, 結果の応用にあたっては, それを踏まえる事が必要である。また, 山形県は, 季節ごとに行事や気候が変化するので, 患者の生活もそれに合わせて変化する。今回の調査は, 初夏の過ごしやすい時期であったので, その変化を捉えた結果は得られていないと考えられる。生活の変化は, 患者の糖尿病の自己管理に影響するので, 今後, 季節ごとの生活の変化をとらえ, 調査を重ねる必要があると考える。

### 謝 辞

本研究を行なうにあたり, 多くの方々の援助とご協力をいただきました。本研究の趣旨をご理解いただき, 快く調査票にご記入いただき, また, お忙しい中調査票をお持ち帰りになってご記入のうえ, ご返送してくださいました患者の皆様へ深くお礼を申し上げます。また, 調査に快諾してくださいました施設の院長先生, スタッフの皆様へ心より感謝申し上げます。

本稿は, 山形県立保健医療大学大学院保健医療学研究科修士論文「外来通院をしている糖尿病患

者の精神状況とその関連要因」より一部抜粋し, 加筆修正したものである。

### 引用文献

- 1) 石井 均. 糖尿病に関する特論 糖尿病患者の心理・行動的問題および QOL. 日本臨床. 1997 ; p. 633 - 638.
- 2) 石井 均. 糖尿病患者における心理行動学的問題. 最新糖尿病学. 東京: 朝倉書店; 2006. p. 681 - 691.
- 3) 池田京子. II 型糖尿病患者の自己効力感, 不安・抑うつと血糖コントロールの関連. 新潟医学会雑誌. 2002 ; 116 (1) : 41 - 47.
- 4) 西村明子, 矢口久実子, 佐藤みつ子. 糖尿病患者の心理的特徴に関する研究—抑うつ・不安, 自己効力感と病型・年齢・罹病期間との関連. 日本看護技術研究学会誌. 2004 ; 4 (1) : 46 - 53.
- 5) 菅野美枝, 大谷勝代, 岩崎道代. 糖尿病専門外来患者における合併症と抑うつ状態の関連性—SDS テストを用いた研究—. 日本看護学会論文集. 2004 ; 第 35 回成人看護 2 : 298 - 300.
- 6) 山家邦章, 岡島美朗, 加藤 敏, 中村好一. 糖尿病を合併するうつ病の臨床的検討. 精神神経学雑誌. 2002 ; 104 (5) : 417 - 426.
- 7) 糖尿病ネットワーク編集部. 糖尿病とうつ病アンケート. 糖尿病ネットワークアンケート. 東京: 創新社; 2006. p. 42 - 45.
- 8) 奥平真紀. 検診と治療中断が糖尿病合併症に及ぼす影響. 糖尿病. 2003 ; 46 (10) : 781 - 785.
- 9) 江部直子. 重症合併症をきたした患者における治療中断・検診後放置の実態. 糖尿病. 1995 ; 38 (Suppl1) : 202.
- 10) Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scand . 1983 ; 67 : 361 - 370.
- 11) 北村俊則. Hospital Anxiety and Depression Scale. 精神科診断学. 1993 ; 4 : 371 - 372.
- 12) Arnstein Mykletun, Eystein Stordal, ALV A. Dahl. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population . The British Journal of Psychiatry. 2001 ; 179 : 540 - 544.

- 13) 荒井弘和, 中村友浩, 木内敦詞, 浦井良太郎. 男子学生における身体活動・運動と不安・抑うつ傾向との関係. 心身医. 2005; 45 (11): 865-871.
- 14) 八田宏之, 東 あかね, 八城博子. Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討～女性を対象とした成績～. 心身医. 1998; 38: 309 - 315.
- 15) 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也. 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 東京: 医学書院; 2001. p. 106 - 111.
- 16) 厚生労働省: 平成 17 年患者調査の概況, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05/index.html>
- 17) 菊地悦子, 谷亀光則, 堺 秀人. 2 型糖尿病患者の糖尿病負担感に関する因子の重要度分析. 糖尿病. 2001; 44 (5): 415 - 421.
- 18) 小笠原和枝. 病気の受けとめ方と生活指導の効果に関する研究－糖尿病患者の場合. 日本看護科学会誌. 1988; 8 (3): 52.
- 19) 神田加壽子, 岡田洋右, 森田恵美子, 杉本英克, 田中良哉. 就労中の糖尿病患者における療養上の問題点の検討. 糖尿病. 2005; 48 (5): 309 - 315.
- 20) 荒木 厚, 出雲祐二, 井上潤一郎, 高橋龍太郎, 高梨 薫, 手島陸久, 矢富直美, 冷水 豊, 井藤英喜. 老年者糖尿病における糖尿病総合負担度スケール作成の試み. 日本老年医学会雑誌. 1995; 32 (12): 786-796.
- 21) 正木治恵, 兼松百合子, 小野ツル子, 雨宮悦子, 井部俊子, 平野かよ子, 石原逸子, 志自岐康子, 中西睦子. 糖尿病患者の療養のあり様に関する研究. 日本看護科学会誌. 1992; 12 (2): 1 - 9.
- 22) 安田加代子, 松岡 緑, 藤田君支, 古賀明美, 佐藤和子. 糖尿病の自己管理における対人関係の困難性 困難な気持ちから肯定的な気持ちへと変化した対処行動. 日本看護科学会誌. 2005; 25 (2): 28 - 36.
- 23) 小林康司, 数間恵子. 男性糖尿病患者における飲酒行動の実態と過量飲酒の関連因子. 糖尿病. 2004; 47 (2): 141 - 146.
- 24) Gavard, JA. Lustman PJ. Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. Diabetes Care. 1993; 16: p. 1167-78.
- 25) 生田美智子, 佐藤栄子, 中山和弘, 立木茂雄, 有吉 寛. 糖尿病患者の負担感に影響を及ぼす対処スタイル, 家族機能および家族システムについての検討. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2004; 8 (1): 35 - 46.
- 26) 宗像恒次. 行動科学から見た健康と病気. 東京: メヂカルフレンド社, 1996.
- 27) 任 和子, 津田謹輔, 谷口 中, 福島光夫, 北谷直美, 奥村裕英, 長谷川順子, 中井義勝. 2 型糖尿病患者における糖尿病に関連した日常生活のストレス原因に対するコーピングと血糖コントロールの関連. 糖尿病. 2004; 47 (11): 883 - 888.
- 28) 任 和子. 糖尿病患者のストレスとコーピング①. Online DITN. 2006; 334.
- 29) 堤 かおり, 柳澤厚生, 近藤ふさえ. 2 型糖尿病患者の実態調査 壮年期有職者の生活上の変化. 杏林医会誌. 2002; 34 (4): 388 - 389.
- 30) 服部真理子, 吉田 亨, 村嶋幸代, 伴野祥一, 河津捷二. 糖尿病患者の自己管理行動に関連する要因について 自己効力感, 家族サポートに焦点を当てて. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 1999; 3 (2): 101 - 109.
- 31) 池田京子, 西脇友子. 糖尿病患者の家族支援に関する研究 糖尿病患者家族の意識調査より. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 1998; 2 (2): 104 - 109.
- 32) 原 頼子, 松岡 緑, 藤田君支. 糖尿病患者の治療満足と自尊感情に影響する要因 家族サポートに焦点を当てた分析. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2006; 10 (1): 4 - 15.
- 33) 石井 均: 糖尿病ケアの知恵袋 よき「治療同盟」をめざして. 東京: 医学書院; 2004.

— 2009. 2. 7 受稿, 2009. 3. 14 受理 —

## 要 旨

本研究の目的は、糖尿病患者の外来受診時の精神状況を把握し、その患者にあった精神的支援を行うために、患者の精神状況とその関連する要因を明らかにすることである。

対象は、山形県 A 市にある糖尿病専門クリニックに通院中で調査に同意が得られ、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) の全項目に回答のあった糖尿病患者 438 名である。

患者の外来受診時に、HADS と質問紙による調査を行なった。HADS に関連する要因は、治療法、生活習慣、主観的な健康状態、家族のサポートに関する項目の中にあり、標準偏回帰係数の高い順から「孤独感」「健康状態」「治療の満足度」「自己管理の負担」「睡眠」であった。

これらの要因を外来受診時に質問することで、患者の精神状況を短時間の中で把握することを可能にし、患者が糖尿病の自己管理に意欲を持ち、より充実した生活が送れるような支援が出来ると考える。

**キーワード：**外来通院患者，糖尿病，HADS，精神状況，看護支援